

碧南市認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

年 月 日

碧南市長 殿

申請者 住 所
氏 名
保険加入対象者との続柄（ ）
電話番号

私は、碧南市認知症高齢者等個人賠償責任保険に、次のとおり加入申請します。

【保険加入対象者】

氏名	
性別	男 ・ 女
住所	碧南市
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	
居住場所	在宅 ・ 自宅以外に居住（自宅以外の場合 ）
特記事項	

【保険加入同意確認】

本事業の加入申請にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 本保険申請について加入要件・変更申請内容確認のために必要がある住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 保険加入に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、保険会社と碧南市が共有すること。

【本人氏名】

年 月 日 _____

【代筆者】

年 月 日 _____ 続柄 _____

市記入欄

- 碧南市認知症高齢者見守りネットワーク事業登録（番号 _____）
- 在宅（自宅・自宅外）